19.

Prof. D'ANTONA
Direttore della R. Clinica Chirurgica Propedeutica di Napoli

NUOVO METODO DI CURA

IN UNA INVERSIONE

CRONICA IRRIDUCIBILE DELL'UTERO

Comunicazione fatta alla VIII.ª adunanza
della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891

ROMA
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO
Piazza Montecitorio, 124

1892.

Prof. D'ANTONA
Direttore della R. Clinica Chirurgica Propedeutica di Napoli

NUOVO METODO DI CURA

IN UNA INVERSIONE

CRONICA IRRIDUCIBILE DELL'UTERO

Comunicazione fatta alla VIII.ª adunanza
della Società Italiana di Chirurgia in Roma 1891

ROMA
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO
Piazza Montecitorio, 124

1892.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22338160

Il caso, del quale voglio riferirvi, non è raro, nè nuovo; ma il metodo, del quale mi servii, mi pare non sia stato ancora messo in atto. Quando non avea altra via dinanzi a me che l'asportazione dell'utero, sono riuscito a conservarlo in una giovane di 24 anni con perfetta restituzione della posizione e funzione dell'organo.

Filomena Fabrizi, di Montenegro (Molise), di anni 25, sarta. Ha sempre goduto buona salute. I suoi genitori sono viventi e sani. Ella mestruò a 16 anni e d'allora in poi ebbe sempre normali le regole. Andò a marito a 17 anni e dopo 8 mesi divenne incinta: nulla di notevole in questa gravidanza e nel parto. Dopo tre anni concepì una seconda volta e la gestazione procedette normalmente. Alla fine del nuovo mese, cioè il dì 1. Agosto 1887, verso le 8 p. m., cominciò il travaglio del parto che durò fino alle 4 p. m. del giorno seguente, ora in cui diede alla luce un bambino di giuste proporzioni.

Dalle asserzioni dell'inferma risulta che la levatrice, vedendo prolungarsi per inerzia uterina il periodo del secondamento, pur facendola stare in posizione eretta, la consigliò a sforzarsi eccessivamente.

Dopo mezz'ora circa, la donna avvertì come la sensazione di un secondo parto, e nel contempo ebbe luogo tale imponente emorragia da farla cadere in deliquio. Messa a letto, un medico sopravvenuto constatò che insieme alle secondine era fuoriuscito dalla vulva l'utero inverso che rimise a posto.

Dopo 15 giorni la puerpera, levatasi da letto per andare a difecare, risentì la sovracitata sensazione di peso, di stiratura e la presenza di un corpo fra i genitali esterni.

Questo corpo (l'utero) le fu rimesso novellamente a posto; ma la donna per 18 mesi consecutivi avvertì sempre quel senso speciale di peso e di stiratura, che dai genitali s'irradiava ai lombi, e le rendeva molesto qualsiasi movimento alquanto faticoso o sforzato; sì che al solo tentativo di cotali movimenti le pareva che qualcosa dovesse dalle vie genitali cader giù, onde involontariamente portava le mani contro la vulva e il perineo. Da un anno e mezzo fa, dopo una caduta da cavallo, ella non avvertì più quel senso di peso in basso e ai lombi, nè la presenza di quel corpo fuori-uscente dalla vulva; solo d'allora dalle vie genitali è comparso uno scolo sieroso-sporco, che aumenta sensibilmente nel periodo premestruale ed a cui susseguiva abbondantissimo il sangue.

Cessando ora il sangue non cessa la secrezione.

Tutte le altre funzioni sono normali; la donna ha discreto appetito; urina e difeca bene. Il coito non la molesta.

Esame fisico. — Sviluppo scheletrico normale, nutrizione alquanto scaduta e relativa anemia. Dalla vulva non si vede alcun tumore, ma appena si penetra in vagina si rileva la presenza di un tumore della grandezza di un grosso uovo di gallina, di consistenza dura-elastica, con la grande estremità rivolta in basso e sanguinante. I fornici vaginali normali: il dito introdotto in alto della vagina tocca il peduncolo del tumore uniformemente abbracciato dal collo dell'utero, dal quale è diviso mercè un profondo solco circolare.

La sonda intromessa fra tumore e collo uterino penetra per circa un centimetro, nè va più oltre con qualsiasi manovra.

Praticando, mercè una pinzetta, moderate trazioni sul tumore, il solco scompare e il peduncolo si vede continuare senza alcuna interruzione coi fornici vaginali, scomparendo perciò anche quella porzione residuale del collo dell'utero.

Posta una mano sull'ipogastrio e premendo, mentre con l altra si spinge in alto il tumore, si avverte in corrispondenza del pube una depressione, limitata all' intorno da un cercine come il fondo di una bottiglia. (*Pareti addominali sottili e depressibili.*)

Introducendo un catetere in vescica e l'indice sinistro nel retto, la punta del dito tocca il catetere, separato solo dalla spessezza delle pareti retto-vescicali, il che dice come l'utero non sia al posto normale.

Si tratta adunque di un'*inversione uterina.*

È inutile quì riferire tutti i mezzi e i tentativi messi in opera per ricondurre l'utero nella sua posizione. Con tutti i mezzi intravaginali non si riusciva ad altro che a ricondurre un po' la parte alta cervicale, in guisa da permettere appena la formazione di un piccolo seno alto un centimetro disopra il margine della bocca esterna. I tentativi si ripeterono durante la cloroformizzazione e con l'aiuto combinato delle due mani in vagina e addome, non si potè riuscire a nulla.

Il perchè sarà meglio compreso ora che vado a dire dell'operazione.

Vista la impossibilità di arrivare con mezzi meccanici; riconosciuta l'assoluta necessità d'intervenire, si avevano due vie da tenere per risolvere la difficile posizione Se l'inferma fosse stata in un'età avanzata forse la via a discutersi era quella dell'estirpazione completa per la vagina, ma lo stato giovane dell'ammalata (22 anni) m'impose l'obbligo di scartare assolutamente quel partito.

Fu così che il giorno 4 Marzo 1891, aprii il ventre; raggiunto il cercine dell'infundibolo, lo trovai così angusto da permettere appena l' introduzione del mio indice. Tutti gli annessi erano affondati: nessuna aderenza o segno d'infiammazione ed intanto la trazione sugli annessi non dava alcun risultato. Allargato il cercine e riuscito ad introdurvi i due indici, riuscii a tirar fuori l'ovaio dritto, che era con de-

generazione cistica e caduto nel fondo dell'infundibolo. Ma l'utero non si riesce a svolgere, non ostante la forte contropressione esercitata con arte, dalla mano del prof. D' Urso, in vagina. Allora insisto nella dilatazione del cercine con i due pollici, ma infruttuosamente. Introduco allora le branche della robusta pinza del Billroth e dilatando fortemente contundo e lacero il peritoneo, che covre quel resistente cercine. Nè per questo riusciamo a far progredire la riduzione. In questi movimenti e sforzi si lacera il foglietto posteriore del ligamento largo di sinistra.

Con tutto ciò non riuscendo, incido il cercine anteriormente per due centimetri circa, in guisa chè le pareti uterine raddoppiate vengono divise a tutto spessore. E mentre la mano dell'assistente in vagina sospinge fortemente l'utero in alto, viene lacerandosi e quindi allargandosi la breccia fatta dall'incisione sino a dissecarsi un poco l'inserzione vaginale, in modo che il fondo livido congesto dell'utero dalla vagina viene fra le labbra della breccia. La mercè di forte pressione dei due pollici riuniti insieme ed applicati contro il fondo, mentre le altre dita sostenevano il cercine superiore, si è riuscito ad arrovesciare il fondo. Durante questa stessa manovra l'angolo superiore della ferita uterina si prolungava da sè per lacerazione. Il sangue perduto è poco. Fatta l'emostasi si procede alla sutura col catgut, a punti staccati della ferita uterina e del fornice anteriore vaginale, senza comprendere la mucosa. Al lato dritto dell'utero si sutura a sopragetto (catgut) una lacerazione che interessa il peritoneo del Douglas, in corrispondenza della parete posteriore del ligamento largo. Poscia si comprende, in due ligature, parte di questo e l'ovaio di dritta con degenerazione cistica e si asporta, avendo cura di lasciare un lungo picciuolo in vicinanza dell'utero. Fatta l'emostasi completa e la toilette peritoneale, si passa al secondo tempo dell'operazione, cioè alla fissazione della faccia anteriore dell'utero alla faccia posteriore della parete addominale anteriore. A tal uopo, con due robusti fili di catgut, si passano due punti di sutura (l'uno situato sul corpo dell'utero e l'altro più giù, verso l'istmo) che comprendono gli strati profondi muscolari, la fascia di Cooper, il peritoneo e la parte più superfi-

ciale delle carni dell'utero: ciascun estremo dei due fili è fissato con un grosso nodo, che resta affondato in mezzo ai muscoli, ed affinchè non ceda alle trazioni che si fanno dall'altro lato, si annodano in ciascun lato il capo superiore con l'inferiore. Così i due fili tesi attraversano le pareti utero-addominali, e sono fissati dai nodi e dalle anse risultanti dall'annodamento dell'un capo di un filo con quello dell'altro. Infine, si fa la sutura con catgut, a sopragetto, del peritoneo, ed a punti staccati con seta, delle pareti addominali. Medicatura: irrigazione vaginale con una soluzione di sublimato all'uno per mille e tampone.

Nei giorni consecutivi, andamento generale ottimo senza disturbo alcuno — tranne una lieve elevazione termica, che dipoi diviene alta — suppurazione di due punti della ferita, sino nella profondità. — Dopo due settimane cade il movimento febbrile e si residua un seno suppurante, dal quale viene fuori qualche nodo di cat-gut. — Dopo 40 giorni la donna ritorna al suo paese con un piccolo seno. Osservato l'utero dalla vagina, appena si raggiunge la bocca interna, così alto era l'utero fissato contro le pareti addominali.